**ЗМІСТ**

ВСТУП

1. ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ

2. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ АМБУЛАТОРНОЇ ПРАКТИКИ

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

**ВСТУП**

У сучасній стоматологічній практиці залишаються актуальними питання побічних реакцій (невідкладних станів). Складність проблеми пов'язана з рядом специфічних особливостей амбулаторного прийому хворих. По-перше, це масовий вигляд спеціалізованої допомоги, яка не зрідка виявляється на тлі супутньої патології. Окрім цього, щелепно-лицьова область є потужною рефлексогенною зоною і потрібне адекватне анестезіологічне забезпечення, що не завжди досягається. Тому у пацієнтів спостерігається страх перед стоматологічним втручанням, що підвищує чутливість до болю. Виникають зміни в нервовій системі, які виявляються побічними реакціями. По-друге, можливості обстеження хворого з метою виявлення порушень життєво важливих органів обмежені і часу на них, як правило, немає. По-третє, стоматологічні втручання за невідкладними свідченнями проводяться у багатьох хворих в період максимальної психоемоційної напруги, зумовлюючи зниження порогу сприйняття роздратувань, і, природно, підвищення до патологічного рівня стрес-реакції організму. По-четверте, слід не забувати про потенційну небезпеку анестезуючих препаратів, а також інколи про швидкоплинний розвиток ускладнень, небезпечних для життя пацієнтів.

**1. ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ**

1. Сердечна недостатність. Підвищення секреції адреналіну, як результат стресової реакції, а так само використання адреналіну у складі місцево анестезуючих розчинів можуть привести до гострої декомпенсації сердечної діяльності. У пацієнтів, що приймають сердечні глікозиди, адреналін може спровокувати розвиток сердечної аритмії. При вираженому порушенні кровообігу можливий розвиток некротичних процесів в порожнині рота при проведенні навіть невеликих за об'ємом і травмуванні стоматологічних втручань.

Профілактика: проводити амбулаторні стоматологічні втручання при задовільному стані пацієнта, в останніх випадках надавати допомогу лише в умовах стаціонару. При явно вираженій сердечній недостатності із загрозою декомпенсації (задишка у спокої) питання про можливість проведення стоматологічного лікування вирішувати з лікарем, що лікує, пацієнта. Дотримуватися обережності при виборі препарату для знеболення (тобто використовувати місцевий анестетик без адреналіну або при мінімальному його вмісті).

2. Ішемічна хвороба серця. Страх або біль під час стоматологічного втручання або використання адреналіну в розчинах місцевих анестетиків, можуть спровокувати напад стенокардії і сприяти розвитку інфаркту міокарду.

Профілактика: Якщо стан пацієнта нестабільний (біль в області серця або за грудиною в стані спокою), стоматологічне лікування проводити лише після консультації з лікарем, що лікує, хворого. При необхідності дати зазвичай вживану пацієнтом дозу нітратів. Доцільно перед лікуванням провести медикаментозну підготовку заспокійливими засобами. При місцевому знеболенні використовувати препарати, що не містять адреналін. Під час лікування контролювати рівень артеріального тиску.

Після перенесеного пацієнтом інфаркту міокарду протягом перших шести місяців із-за небезпеки рецидиву проводити лише невідкладні стоматологічні втручання в умовах стаціонару за участю анестезіолога і кардіолога.

3. Сердечні аритмії (порушення частоти і ритму сердечних скорочень). При тахікардії, у випадках стресу, або використання місцево анестезуючих розчинів, що містять адреналін, може розвинутися сердечна недостатність. Якщо у пацієнта брадикардія, то вживання місцевого анестетика може провокувати розвиток повної атріовентрикулярної блокади.

Профілактика. Перед стоматологічним лікуванням перевірити у пацієнта пульс, виміряти артеріальний тиск, провести медикаментозну підготовку заспокійливими засобами і адекватне знеболення анестетиками, що не містять адреналін.

Якщо у хворого частота сердечних скорочень менше 50 ударів в хвилину і є миготлива аритмія, екстрасистолія, то вибір знеболення проводити після консультації лікаря пацієнта, що лікує.

4. Гіпертонічна хвороба. Під час прийому стоматологом у хворого може виникнути гіпертонічний криз або гостра сердечна недостатність.

Профілактика. Провести премидикацію заспокійливими засобами, медикамент відрегулювати АТ, використовувати адекватні методи знеболення анестетиками без вмісту адреналіну. При необхідності слід застосовувати препарати з вмістом в них адреналіну в концентрації 1:200000 і нижче з дотриманням запобіжних засобів проти внутрішньосудинного введення (аспіраційна проба).

5. Гіпотонія. Знижений АТ (систола менш 110мм рт. ст. для чоловіків і 100 мм рт. ст. для жінок, діастола - менше 65 мм рт. ст.).

При стоматологічному втручанні може розвинутися непритомність, коллакс, шок і використання заспокійливих засобів може ще більше понизити АТ.

Профілактика. Перед лікуванням відрегулювати АТ, ввести атропін сульфат 0,1% або метацин сульфат 0.1% до 1 мл залежно від частоти пульсу і рівня АТ. Всі стоматологічні маніпуляції проводити, заздалегідь додавши пацієнтові горизонтальне положення. В процесі лікування контролювати АТ у пацієнта.

6. Бронхіальна астма. Під час стоматологічного втручання при збудженні може виникнути напад астми. При використанні медикаментів і матеріалів з різким запахом, можливо так само розвиток бронхоспазму.

Профілактика. Консультація лікаря пацієнта, що лікує. Детальний збір анамнезу з метою виявлення алергенів, що провокують бронхоспазм. В день лікування рекомендувати хворому прийняти зазвичай вживані лікарські препарати і принести на прийом відповідний лікувальний розпилювач або інгалятор. При проведенні знеболення перевагу слід віддати місцевій анестезії. При підвищеній чутливості до сульфітів не застосовувати місцево-знеболюючі препарати із-за вмісту в них бісульфіту як консервант судинозвужувального засобу. Не застосовувати ацетилсаліцилову кислоту (небезпека розвитку так званої «аспіриновой астми») і інші препарати, що провокують бронхоспазм (морфін, індометацин).

7. Алергічні стани. Незрідка пацієнти, що звертаються до лікаря-стоматолога, мають в анамнезі прояви алергічних реакцій, у тому числі і на місцево-знеболюючі препарати. Найчастіше зустрічаються алергії на місцеві анестетики (особливо групи складних ефірів - новокаїн), а також на тих, що містяться в карпулах, ампулах як консервант парабени, бісульфіт натрію і ін. Крім того, алергічні реакції можуть викликати антибіотики, сироватки, стоматологічні матеріали і так далі

При контакті з алергеном виникає алергічна реакція аж до розвитку анафілактичного шоку.

Профілактика. Ретельний збір анамнезу з метою виявлення алергічних реакцій. Особливу увагу необхідно звернути на хворих, страждаючих алергічними і інфекційно-алергічними захворюваннями (ревматизм, колагенози, бронхіальна астма, екзема і ін.). Не використовувати препарати, на які вже наголошувалися алергічні реакції. При необхідності направити пацієнта на консультацію в аллерго-діагностичне відділення. Ввести до складу премедикації антигістамінні препарати або гормональні засоби (преднізолон, гідрокортизон).

8. Антикоагулянтна терапія. При підвищеній схильності до тромбо утворення (за наявності стенокардії, протезів судин, сердечних клапанів і т. д.) для профілактики тромбозів здатність крові, що коагулює, знижують за допомогою лікарських засобів (гепарин, антагоністи вітаміну К). Після операції (розрізу, видалення зуба і ін.) може виникнути кровотеча, утворення гематоми.

Профілактика. Звернути увагу на аналізи крові (тривалість кровотечі, час згортання крові і ін.). Якщо основні показники згортання крові знаходяться в доступних межах, то після консультації з лікарем, що лікує, пацієнта можна проводити видалення зуба, розтин абсцесу. Складніші операції слід виконувати лише в стаціонарних умовах після корекції показників згортання крові. Виключити лікарські препарати що підсилюють дію антикоагулянтів (аспірин, фенілбутазон, макроліди і цефалоспорини).

9. Епілепсія. Напад судорожного синдрому може виникнути при стресовій ситуації, при використанні місцевих анестетиків.

Профілактика. Детальний збір анамнезу з метою виявлення у пацієнта судорожних припадків. Консультація у лікаря, що лікує, хворого. В день звернення до стоматолога прийняти лікарські препарати, що зазвичай приймаються пацієнтом. Перед лікуванням провести медикаментозну підготовку заспокійливими засобами. За наявності частих епілептичних припадків стоматологічні втручання проводити в період найменшої щільності нападів в умовах багатопрофільної лікарні за участю анестезіолога-реаніматолога, невропатолога. Рекомендується використання місцевих анестетиків групи артикаїна (ультракаїн ДС, ультракаїн ДС - форте, септанест) як найбільш високоефективні.

10. Глаукома. Адреналін, розширюючи зіницю, може спровокувати розвиток гострого нападу.

Профілактика. Препарат для місцевої анестезії не повинен містити адреналін. До складу засобів для премедикації не вводити атропін і інші М-холіно блокатори.

11. Цукровий діабет. Лікар-стоматолог зобов'язаний пам'ятати про можливість розвитку у таких пацієнтів коматозного стану. Це може бути наслідком викиду в кров великої кількості адреналіну, інсуліну, що є антагоністом, що наводить до розвитку гіперглікемічної коми. Після хірургічного втручання, унаслідок ангіопатиї, зниження імунобіологічних властивостей організму, спостерігається сповільнений процес загоєння рани і розвиток інфекції. В результаті хронічного ДВС-синдрому у хворих цукровим діабетом після операції спостерігаються ранні і пізні кровотечі.

Профілактика. Перед стоматологічним втручанням у хворих цукровим діабетом необхідна консультація ендокринолога і звернути увагу на аналізи крові і сечі на цукор. В день лікування рекомендувати пацієнтові прийняти зазвичай використовувані антидіабетичні препарати. Всі стоматологічні маніпуляції проводити вранці, через 1-2 години після вживання їжі і введення інсуліну. Лікар-стоматолог повинен знати особливості даної групи пацієнтів (ретельний вибір заспокійливих засобів для премедикації створення хорошого психологічного клімату на прийомі і т. д.). Для місцевої анестезії використовувати препарати без адреналіну або вміст як судинозвужувальну речовину норадреналін або фелипрессин. У післяопераційному періоді призначати хіміотерапевтичні засоби для профілактики інфекції, яка, у свою чергу, може викликати глюкозурію і привести до розвитку коми.

У хворих, з декомпенсированим СД стоматологічні втручання при невідкладних станах проводяться лише в стаціонарних умовах.

12. Тиреотоксикоз. Пацієнти з даною патологією дуже чутливі до стресу і болю, в результаті навіть видалення зуба може бути причиною загострення тиреотоксикозу з розвитком тиреотоксичного кризу, коми з повною втратою свідомості. При тиреотоксикозі можливе порушення функції і інших ендокринних залоз, перш за все функції кори надниркових. Це може привести до гіпокортицизму і загибелі хворого навіть при стоматологічному втручанні.

Профілактика. Спільно з ендокринологом перед стоматологічним лікуванням за допомогою лікарських препаратів купірувати або значно ослабити тиреотоксикоз, провести медикаментозну підготовку з використанням заспокійливих засобів (аминазин 5% - 1 мл внутрішньом'язовий або сибазон 0,005 2 рази в добу всередину). У таких пацієнтів підвищена чутливість до адреналіну, тому його необхідно виключити з анестезуючих розчинів.

13. Гіпотиреоз. Хворі схильні до різних ускладнень (до простудних захворювань, до розвитку вторинної інфекції при хірургічному втручанні). У зв'язку з тим, що при гіпотиреозі порушується функція інших ендокринних залоз, особливо надниркових, то можлива неадекватна реакція на стоматологічне втручання, аж до летального результату.

Профілактика. Обов'язкова консультація ендокринолога. При уражених формах гіпотиреозу стоматологічне втручання краще проводити в умовах стаціонару на тлі комплексного лікування даного захворювання. Не рекомендується видалення відразу декількох зубів.

**2. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ АМБУЛАТОРНОЇ ПРАКТИКИ**

**Непритомність** - напад короткочасної втрати свідомості, обумовлений скороминущою ішемією головного мозку, з ослабінням сердечної діяльності і дихання. Залежно від механізму порушення мозкового кровообігу виділяють наступні види непритомності: мозковий, сердечний, рефлекторний і істеричний.

*Клінічна картина:*

1) *Мозкова*непритомність виникає при порушенні церебральної гемодинаміки, коли змінюється тонус судин головного мозку. Він спостерігається при епілепсії, інсульті.

2) *Сердечна* непритомність буває при патології серцево-судинної системи: звуження гирла аорти, мітральному стенозі, вроджених вадах серця і ін. Під час фізичної напруги лівий шлуночок серця в такій ситуації не в змозі достатньою мірою збільшити хвилинний об'єм крові. В результаті настає гостра ішемія головного мозку.

3) *Рефлекторна*непритомність розвивається під дією болю, психоемоційної напруги (страх, переляк). В цьому випадку в результаті рефлекторного спазму периферичних судин різко зменшується приплив крові до серця і, отже, знижується кровопостачання головного мозку. Різновидом рефлекторної непритомності є ортостатична непритомність. Сприяє розвитку даного вигляду непритомності - хронічне недосипання, розумова або фізична перевтома, вагітність, менструація. Відбувається миттєва втрата свідомості при переході з горизонтального положення у вертикальне, унаслідок падіння АТ при нормальній ЧСБ.

**Невідкладна допомога і лікування при непритомності:**

Під час нападу додати пацієнтові горизонтальне положення, зняти галстук, ослабити тугий комірець, пояс, забезпечити доступ свіжого повітря. Рефлекторно впливати на дихальний і серцево-судинний центри (вдихання пари 10% розчину нашатирного спирту: обличчя і груди обприскати холодною водою; провести точковий масаж рефлексогенних зон в точках жэнь-гжун (на 1/3 відстані між підставою перегородки носа і червоної облямівки верхньої губи), чэн-цзянь (в центрі поглиблення підборіддя), хэгу (на зовнішній поверхні кисті в області кута, створюючого між великим і вказівним пальцями. При затяжному перебігу непритомності ввести 10% розчин кофеін-бензоната натрію - 1 мл п/к. Якщо немає ефекту, то вводиться 5% розчин ефедрину - 1 мл п/к або мезатона 1% - 1 мл п/к, а в разі брадикардії атропіну сульфат 0,1% - 0,5 1 мл 1 п/к. При виході з непритомного стану забезпечити прохідність дихальних шляхів, потім спокій, оксигенотерапія, гарячий чай.

**Ішемія міокарду.**

*Напад стенокардії*- ішемія міокарду унаслідок невідповідності між потребою міокарду в кисні і його реальною доставкою.

*Інфаркт міокарду*- ішемічний некроз сердечного м'яза, що виникає унаслідок гострої невідповідності між потребою міокарду в кисні і його кровопостачанням по коронарних артеріях серця.

Клінічна картина стенокардії: біль за грудиною або в області серця, різної інтенсивності. Характер болю давить, стискує. На початку біль не дуже різкий, потім інтенсивність її збільшується, і вона стає незвично сильною. Типова іррадіація болю в ліву руку - по внутрішній її поверхні до мізинця. Часто біль іррадірує в ліву лопатку, шию, нижню щелепу, інколи в обоє руки, дуже рідко в праву. Біль супроводиться рядом функціонально-вегетативних розладів, хворі бліднуть, у важких випадках покриваються холодним потім, наголошується підйом ПЕКЛО, з'являється страх смерті або обтяжливе відчуття пригніченості.

*Клінічна картина інфаркту міокарду:* (гострий період): біль, який частіше локалізується в області серця, за грудиною, рідше захоплює всю передню поверхню грудної клітки. В окремих випадках вона наголошується в нижній частині грудини і надчеревної області. Інколи біль виникає в лівій руці, плечі потім поширюється на ділянку серця. Іррадіїрує в ліву руку, плече, рідше - лопатку, обоє руки, права рука, міжлопатковий простір, шия, нижня щелепа, надчеревна область. Біль зазвичай носить хвилеподібний характер: то посилюється, то слабшає, вона продовжується декілька годин і навіть доби. Інколи больовий синдром характеризується лише одним тривалим інтенсивним нападом. Об'єктивно наголошуються блідість шкіри, ціаноз губ, підвищена пітливість. Часто спостерігається брадикардія, зниження АТ.

*Атипові форми інфаркту міокарду:*

*Астматична:* протікає за типом сердечної астми або набряку легенів.

*Абдомінальна:* характеризується больовим синдромом з локалізацією болю в надчеревної області.

*Аритмічна:*починається з різних порушень ритму серця - нападів миготливої тахоритмії, надшлуночкової або вузлової тахікардії, екстрасистолії.

*Церебральна:* характеризується клінічною картиною непритомності або інсульту.

**Невідкладна допомога і лікування при непритомності:**

Баралгін 5-10 мл на глюкозі, або

Анальгін 50% - 2 мл

Димедрол 1% - 2 мл в\ в струменевий

Папаверин 2% - 2 мл

Відсутність ефекту:

Промедол 2% - 1 мл або

1% - 1 мл або морфіну гидрохлорид,

1% - 1 мл або фентаніл 0,005% - 2 мл в/м

**Астматичний статус** - це тривала стійка обструкція дихальних шляхів, при якій що знімали раніше напад астми бронхолитики не дають ефекту.

*Клінічна картина:* Розрізняють три стадії астматичного стану.

*I стадія:* формується рефрактерність до симпатомиметиків (не допомагає звичайна терапія), розвиваються порушення дренажної функції бронхів (не відходить мокрота), напад задухи не удається купірувати протягом 12 ч. і більш.

*II стадія:* прогресуючі порушення дренажної функції бронхів, просвіт яких переповнений густим слизом. Поступово формується синдром «трохи легкого»: над окремими ділянками легенів перестають вислуховуватися свистячі хрипи, що раніше визначалися. Стан хворого украй важкий: свідомість загальмована, шкірні покриви цианотичні, покриті липким потом, наголошується виражена тахікардія, АТ має тенденцію до підвищення.

*III стадія:* значні порушення функції ЦНС з розвитком картини гиперкапнической і гипоксимической коми (втрата свідомості, пониження бонуса м'яза, дихання за типом Чейна-стокса).

**Невідкладна допомога і лікування при непритомності:**

Оксигенотерапія (зволожений О2 через носовий катетер)

Дексазон 4 міліграми в/в

або

Преднізолон 2-3 мг/кг маси тіла в/в Еуфіллін 2.4%

10 мл в/в Строфантин 0,05% 0,5 мл в розведенні в/в повільно Відсутність ефекту

в/в 5% р-р глюкози 500 мл + преднізолон

100 міліграм + гепарин 0,5 мл (2500 ЕД) кап.

**Судоми** - це раптові напади клонічних або клонико-тонических мимовільних скорочень м'язів з втратою або без втрати свідомості. Судоми виникають унаслідок органічної або функціональної поразки нервової системи.

*Клінічна картина:* незалежно від етіології напади судом характеризуються раптовим початком, руховим збудженням, порушенням свідомості і втратою контакту з навколишнім світом. Голова закидається, руки згинаються в ліктьових суглобах, ноги витягуються, незрідка наголошуються прикуси мови, уповільнення пульсу, враження або короткочасна зупинка дихання. Подібна **тонічна** судома триває не більше 1 хв. І змінявся глибоким вдихом і відновленням свідомості.

*Клонічна судома*починається сіпанням м'язів особи з переходом на кінцівці. Потім з'являються галасливе дихання, піна на губах, прикус мови, почастішання пульсу. Судоми можуть бути різній тривалості і слідувати одна за одною; інколи закінчуються летальним результатом. Після нападу хворий засинає, а при пробудженні може нічого не пам'ятати і відчувати себе здоровим.

*Тетанічні судоми*- це м'язові скорочення, наступні один за одним без розслаблення і що супроводяться больовими відчуттями.

*Великі припадки епілепсії:* можливі в будь-якому віці. У 10% випадків передує аура (період передвісників). Потім хворою з криком падає, у нього виникає тонічна судома тривалістю до 30 секунд з опістотонусом, апное, ціанозом і переходом в клонічні судоми тривалістю до 2 хвилин, із слинотечею, інколи блювотою, мимовільними сечовипусканнями, дефекацією і подальшим засипанням.

**Невідкладна допомога і лікування при непритомності:**

Забезпечити вільну прохідність дихальних шляхів

Реланіум 2-4 мл в\ в струменевий

Припадок продовжується :

Консультація анестезіолога

При необхідності загальна анестезія

2% р-р гексенала, або

1% р-р тиопентала натрію в\ в

**Гіпоглікемічна кома** - гострий стан, що розвивається при швидкому пониженні концентрації цукру в артеріальній крові і різкому падінні утилізації глюкози мозковою тканиною.

*Клінічна картина:* розвивається швидко - профузний піт, блідість і вологість шкірних покривів, вологість мови, поверхневе ритмічне дихання, відсутність запаху ацетону з рота і гіпотонії очних яблук. Можливі тризм щелеп, позитивний симптом Бабінського. Наголошуються тахікардія, аритмія, лабільність АТ.

*Діабетична кома*- розвивається при швидкому прогресі метаболічних порушень в результаті пізньої діагностики цукрового діабету, порушення дієти, інфекційних захворювань, фізичної і психічної напруги у хворого СД.

*Клінічна картина:* Кома розвиваються поступово протягом декількох годинників або днів. З'являються стомлюваність, слабкість, спрага, сильні головні болі, запаморочення, дзвін у вухах, збудження, безсоння, що змінялося млявістю, апатією і сонливістю, анорексія, нудота, блювота, поліурія.

Характерні сухість шкірних покривів і слизистих оболонок, сухий обкладений коричневим нальотом мова, запах ацетону з рота, тахікардія, зниження АТ.

4 стадії порушення свідомості:

I - оглушеність (хворий загальмований, свідомість декілька заплутано);

II - сонливість, соміоленція (хворий легко засинає, але може самостійно односкладово відповідати на питання);

III - сопор (хворий знаходиться в стані глибокого сну і виходить з нього, лише під впливом сильних подразників);

IV - власне кома (повна втрата свідомості, відсутність реакції на подразники).

**Невідкладна допомога і лікування при непритомності:**

При скруті диференціального діагнозу коми, в будь-якому разі вводять 40% розчин глюкози - 20 мл в/в (оскільки гіпоглікемічна кома небезпечніша для кори головного мозку, чим діабетична кома)

При низькому АТ вводиться фізіологічний розчин внутрішньовенно краплинно

Відсутність ефекту:

Вводити 40% р-р глюкози в\ в до появи ознак свідомості у хворого.

Позитивний ефект:

Всередину солодкий чай, мед, цукерки.

**Кровотечі** - виділення крові з кровоносної судини при порушенні цілісності або проникності його стінки. Виділяють ранні кровотечі, що починаються відразу після пошкодження судини, і пізні, виникаючі через декілька годинників після травми.

При найпоширенішій операції в щелепно-лицьової області - видалення зуба - кровотеча походить від розриву зубної артерії, мережі артеріол і капілярів перадонти і ясен. Ця кровотеча носить характер капілярного, паренхіматозного і зазвичай припиняється через декілька хвилин (від 5 до 20 хвилин). Проте, в 0,8-2,9% випадків ця кровотеча продовжується після даного терміну настання гемостаза і складає більше 1\4 від всіх ускладнень після видалення зуба. Відомо багато випадків, коли луночкові кровотечі створювали загрозливі для життя ситуації. При цілому ряду патологічних станів щелепно-лицьової області (травмі, запальному процесі, пухлинах і тому подібне) часто зустрічаються тромбогеморрагические ускладнення. Наприклад, при одонтогенному остеомієліті щелеп, флегмонах в 3,5-10% хворих виникають тромбози і післяопераційні кровотечі.

Воложін А.І., Петріщев Н.Н. (1996) відзначають, що причинами кровотечі в щелепно-лицьової області найчастіше є: 1) розплавлення тромбу і ерозія судин, ненадійність їх перев'язки, розриви м'яких тканин при видаленні зубів, пошкодження крупних судин при переломах лицьового скелета і ін. місцеві чинники; фізіологічні гормональні зрушення (вагітність, менструальний цикл і ін.); 3) супутня патологія (гіпертензія, цукровий діабет, хвороби крові, печінки і так далі), прийом медикаментів, що впливають на гемостаз (гормони, антигоагулянти, адреналін), наркотичні засоби (закис азоту і ін.), стресові ситуації і так далі

Для оцінки функціонального стану системи гемостаза в клініці застосовуються різні методи: визначення тривалості кровотечі, часу згортання крові, протромбинового часу, протромбинового індексу, агрегационной активності тромбоцитів, фібринолітичної активності, толерантності плазми до гепарину і так далі

Залежно від локалізації, глибини рани, характеру патологічного процесу, супутній патології проблема зупинки кровотечі вирішується легко, або є складним завданням.

**Невідкладна допомога і лікування при непритомності:**

У поліклінічній стоматологічній практиці зустрічаються хворі, в яких патологія щелепно-лицьової області поєднується із захворюванням крові. Тактика ведення таких пацієнтів залежатиме від часу звернення до стоматолога, об'єму проведеного обстеження.

1. При наявній наполегливій кровотечі і відсутності в анамнезі даних про захворювання крові і при безуспішних спробах зупинки кровотечі в амбулаторних умовах хворого доцільно направити на лікування в щелепно-лицьовий стаціонар, де хірург спільно з терапевтом проводять необхідні обстеження і лікувальні заходи, з подальшою консультацією гематологом.

2. Захворювання крові інколи виявляється після хірургічного втручання. У таких випадках виробляється зупинка кровотечі в умовах поліклініки, а за відсутності ефекту в щелепно-лицьовому стаціонарі і потім хворому прямує в гематологічне відділення.

3. При встановленому захворюванні крові у пацієнта і з наявністю гострого запального процесу у нього тактика в амбулаторних умовах наступна: у денний час - хворий прямує в гематологічне відділення, де стоматолог, що знаходиться в штаті стаціонару, проводить хірургічне втручання за участю гематолога: у нічний час - хворий прямує в стаціонар щелепно-лицьової хірургії і після попередньої консультації терапевтом або по телефону гематологом проводиться хірургічне втручання з дотриманням принципів щадної хірургії і ретельного гемостаза, з подальшим перекладом в гематологічне відділення.

4. При проведенні планової операції у хворого із захворюванням крові, останній прямує у відділення гематології, де протягом певного часу проводяться консервативні заходи, потім в цьому ж стаціонарі, або щелепно-лицьовому відділенні здійснюється оперативне втручання з подальшим веденням хворого спільно з гематологом.

**СПИСОК устаткування і лікарських засобів для надання невідкладної допомоги**

1. Апарат для виміру артеріального тиску (тонометр)

2. Бинт

3. Вата

4. Воздуховод

5. Жгут

6. Голки з широким просвітом (4 шт. з системи переливання крові) - для проколу конічної в'язки або асфіксії)

7. Киснева подушка

8. Лейкопластир

9. Роторозширювач

10. Ручний респіратор (мішок Амбу)

11. Система для переливання

12. Слюноотсос

13. Трахеотомічна канюля

14. Фонендоскоп

15. Шприци

16. Штатив

17. Язикотримач

**ВИСНОВКИ**

Все вищевикладене і визначає тактику надання невідкладній допомозі при побічних реакціях під час амбулаторного прийому хворих.

У навчально-методичному посібнику на підставі даних літератури і особистого досвіду викладаються питання можливих побічних реакцій, пов'язаних із загальносоматичною патологією, а також про результати психоемоційної напруги і анафілаксії.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Голиков С. Н. Неотложная помощь при острых отравлениях-М.: Медицина, 1977 - 312 с.

2. Зорян Е.В., Рабинович С. А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска: Методические рекомендации. - М., 1997 -44 с.

3. Ивасенко П.И., Петрин И.Н., Вагнер В.Д. и др. Профилактика, неотложная помощь и реанимация при анафилактическом шоке в практике врача-стоматолога: Методические рекомендации. - Омск, 1994 - 18 с.

4. Колмогоров С.И., Ивасенко П.И., Вагнер В.Д. и др. Неотложные состояния и реанимация в стоматологии: Методическое пособие. - Омск, 1996-21 с.

5. Конобевцев О.Ф., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Профилактика и лечение лекарственного шока в стоматологической практике: Методические рекомендации. – М., 1987 - 26 с.

6. Ожильви К. Экстренная помощь в медицинской практике (перевод с анг.) - М.: Медицина, 1087 - 672 с.

7. Рябов Г.А. Критические состояния в хирургии. - М.: Медицина, 1979 - 320 с.

8. Стош В.И., Зорян Е.В., Рабинович С.А., Шугайлов И.А., Лукьянов М.В. Диагностика, профилактика и лечение неотложных состоянии в амбулаторной стоматологической практике: Учебное пособие – М., 1989 - 68 с.

9. Чазов Е.И. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник - М.: Медицина, 1988 - 640 с.

10. Яковлева В.И. и др. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний - Минск: Высшая школа, 1994 - 493 с.